

AZ ORVOSEGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET
PÉCSI EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI ÉS MUNKAEGÉSZSÉGÜGYI
SZAKCSOPORTJAINAK KÖZLEMÉNYE

II.

A REHABILITÁCIÓ

TÁRGYÁBAN 1956. JÚNIUS 14. 15 ÉS 16-ÁN TARTOTT
TUDOMÁNYOS ÜLÉS ELŐADÁSAI

PTE OEC KÖNYVTÁRA



00041743

AZ ORVOSEGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET
PÉCSI EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI ÉS MUNKAEGÉSZSÉGÜGYI
SZAKCSOPORTJAINAK KIADÁSA

1958

DR. HÁMORI ARTHUR

egyetemi tanár

(Pécs)

Mint a témakörrel kapcsolatos javaslatot kidolgozó szakbizottság elnöke, az elhangzott előadások részleteihez a bizottságban kívánja megtenni észrevételeit. Itt a nagygyűlés színe előtt csupán néhány elvi kérdéssel kíván foglalkozni. Először is nomenklatúrai kérdésekkel. *Vámosi* dr. által ajánlott dekompenzáció és inkompenzáció megkülönböztetést maga részéről nem tudja elfogadni. Felhívja a figyelmet a ma általánosan elfogadott álláspontra, amely szerint *cardialis* dekompenzációt és *cardialis* insuffitientiát kell megkülönböztetnünk. A *cardialis* dekompenzáció elnevezés a vitiumokkal kapcsolatos szívgyengeséget jelzi, tehát olyan állapotokkal kapcsolatos, amelyekben előzetesen a keringési zavar kompenzációs mechanizmusa állapítható meg. Ezzel szemben a *cardialis* insuffitientia elnevezés olyan keringési zavarokat jellemez, amelyeknek kompenzációs mechanizmusa nincsen és amelyekben a szívgyengeség a szívizom valamilyen ártalma következtében fejlődik ki. A dekompenzáció és inkompenzáció szövelemzés szempontjából nem felel meg azoknak a fogalmaknak, amelyeket a szerző velük jelezni kíván.

Több előadó használta a *bicuspidalis* insuffitientia elnevezést. A szívműtétekkel kapcsolatos biopiás leletek alapján mind határozottabban látjuk: tisztán *bicuspidalis* insuffitientia nem fordul elő. Modern felfogás szerint leghelyesebb *mitralis* betegségről beszélni és emellett megjelölhetjük a *praedominans* stenosis, vagy *praedominans* insuffitientiát, ha erre a vizsgálati leletek elég támpontot adnak. Maga részéről is megerősíti *Klinghoffer* által hangsúlyozott és gyakorlatilag nagyon fontos tényt, hogy a *systoles* zöreje egymagában nem jelent még szívhibát.

Klinghoffer által ajánlott felosztás a szívbetegségek osztályozására nem felel meg a modern szemléletnek. *Klinghoffer* endocardiopathiákat és myocardopathiákat különböztet meg, holott tudjuk, hogy a *pericardium*nak vagy *endocardium*nak izolált megbetegedése nem képzelhető el. Minden esetben a *myocardium* többé-kevésbé bele van vonva a bántalomba. Különösen a *mitralis commissurotomiával* kapcsolatos tapasztalatok győztek meg arról, hogy a betegnek a sorsát a billentyű elváltozásokon kívül a szívizom állapota is meghatározza. Izomelváltozások és

anatomiai elváltozások együttes döntő szerepe ma már vitathatatlan.

Klinghoffer a cardiologusok és üzemorvosok együttműködését sürgeti. A hozzászóló szerint helyesebb, ha a cardiologus névben rejlő túlzott specializálódás helyett szívbetegség iránt különösen érdeklődő belgyógyász szerepét hangsúlyozzuk a szívbetegség rehabilitációjának tárgyalásakor. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a hozzászóló ne tartaná szükségesnek legalábbis egyetemi városokban *cardiologiai centrumok létesítését*, ahol a legmodernebb eszközökkel: angiocardio-graphia, szívkatéterezés, clearance-vizsgálatok, stb. biztosítjuk kétes esetben a helyes diagnózist. A szívbetegség rehabilitációja az anatómiai és a funkcionális diagnosztika függvénye.

Egy fontos tényezőről egyetlen előadás sem emlékezett meg. A szívbetegség rehabilitációja érdekében elengedhetetlenül szükséges az esetleges hízás elleni erélyes küzdelem.

Végül maga részéről teljesen egyetért abban, hogy a szívbetegség és a hypertoniás betegek rehabilitációját külön kell meg tárgyalni. A hypertoniás betegeknek a sorsa az életfontos szervek állapotától függ, ezek pedig a következők: az agy, a szív és a vese. Amennyiben a szívgyengeség került előtérbe, úgy a szívbetegség rehabilitációjával egyértelmű elbánás alá kell vonni őket, ha ellenben az agy, vagy a vese gyengesége, akkor különleges szempontok érvényesülnek.

ban már eleve elkészítve, feldolgozott állapotban tartunk a későbbi időkre, a szerveket évekig meg is őrizzuk, és az utólagos elbírálás hosszú idő után is lehetséges lesz.

Hozzászólás

Dr. HÁMORI ARTHUR egyet. tanár.

(Pécs.)

Az igazságügyi orvosi intézetből elhangzott előadásokkal kapcsolatban úgy látja a hozzászóló, hogy a diagnosztikai problémát túlságos pesszimizmussal, a terápiás kérdéseket pedig túlságos optimizmussal ítélték meg az előadók.

A szilikózisos beteg sorsát akkor ítélni meg megnyugtató módon, ha anatómiai és funkcionális diagnosztikára törekszünk. Az anatómiai diagnózis elengedhetetlen feltétele a nagyfilm röntgenfelvétel a tüdőről. Ezt a légzés és a keringés funkcionális vizsgálatával feltétlenül ki kell egészítenünk. A hozzászóló azt gondolja, hogy a keringési időnek a meghatározása értékes objektív jel. Nehezebb a szilikózisos tuberkulózis diagnózisa kellő időben. Ha azonban igénybe vesszük a modern eszközöket, mint pl. a tomographot, a baktérium tenyésztési eljárásokat és a kórlefolyást gondosan megfigyeljük, akkor bizonyára kevesebb lesz a téves diagnózis.

A novocain és coffein intracutan helyi alkalmazása mai pharmacologiai ismereteink alapján nehezen értelmezhető és érthető. A hozzászóló nem tartja lehetetlennek, hogy csupán coffein hatása alatt álltak a betegek. Egyébként elengedhetetlennek tartja azonos számú kontrolloknak az alkalmazását, akik csupán élettani sósvizet kapnak, hogy a psyches ráhatás lehetőségét biztonságosan kizárjuk. Ezekben a terápiás kísérletekben is értékes objektív bizonyítékot szolgáltatathatna a keringési idő mérése.

5. Tegye lehetővé rendeleti úton magasabb (pl. egyetemi) képzettségű vakok elhelyezkedését saját szakmájukban, elsősorban az oktatás területén.

6. Létesítsen kefe- és seprőkötő, kosárfonó üzemet vagy üzemeket a csökkentlátók foglalkoztatására az 1. pontban elmondottakhoz hasonlóan. (A kétféle jellegű üzem összevonása azonban nem kívánatos). Hasonló lehetőségek vannak a kézi-gépen való kötés, a sálkészítés és a művészi kivitelű gyöngyfűzés területén is.

7. Foglalkoztasson csökkentlátókat az ipar kiválasztott munkahelyein, megfelelő előtanulmányok alapján.

HATÁROZATI JAVASLAT

a szívbetegek rehabilitációjára

Megbízatom értelmében összehívtam azokat az előadókat, akik a keringési szervek megbetegedéseiben szenvedők rehabilitációjával foglalkoztak. A felmerülő problémák alapos megvitatása után az alábbi határozati javaslatokat terjesztjük elő.

A szívbetegség miatt kiesett táppénzes napok száma a nép gazdaság minden ágában állandóan jelentősen növekszik. A szívbetegségek miatt tartósan keresőképtelenné vált dolgozók kiesése beszűkíti a termelés minden ágának volumenjét. A szívbetegségek miatt kieső táppénzes napok száma helyes orvosi szervezéssel megelőzhető és csökkenthető lenne.

Mínt hogy az egyszer is dekompenzált beteg a legmondosabb orvosi kezeléssel sem nyeri vissza teljes munkaképességét, ezért legfontosabbnak tartjuk a szívgyengeség megelőzését. A megelőzés eszközei:

1. A szívbetegek aktív felkutatása. Ez a feladat legelőször is az iskolaorvosra hárul. Azután az ipari tanulók felvétele előtti orvosi vizsgálat. A munkábaállítás előtti orvosi vizsgálat. A sorozás adatainak a felhasználása: a sorozásnál szívbetegség miatt leszerelt, vagy alkalmatlan minősítést nyert újoncok kórisméjének közlése a területileg illetékes polgári egészségügyi szervekkel. Üzemen belüli dolgozók időszakos szűrővizsgálata.

2. A szívbetegek sorsa a pontos diagnózis függvénye, ezért elengedhetetlenül szükséges a szűrést végző orvos, de különösen az üzemorvos szoros együttműködése cardiologiai érdeklődésű belgyógyász szakorvossal. A diagnózis igyekezzék feltárni a szívbeteg állapota és az üzemi viszonyok közti összefüggéseket.

3. A gondozás. Ebből a szempontból is ismételten hangsúlyozzuk, hogy a siker érdekében elengedhetetlen az üzemorvosnak és a szakorvosnak szoros együttműködése. Ez a kórház területi működésének egyik szép feladata lehet. Mind a megelőzés, mind a gondozás munkájában jelentős támogatást ad az éjjeli szanatóriumi-rendszer. Ezért az éjjeli szanatóriumok hálózatának kibővítését javasoljuk. Aki a leggondosabb kezelés ellenére mégis szívgyengeség állapotába kerül, az természetesen fekvő gyógyintézetbe való. A bizottság szükségesnek tartja annak a kihangsúlyozását, hogy a szívbetegék csak nappali műszakban foglalkoztathatók.

4. A helyes szempontok szerinti munkábaállítás. A szívbetegség miatt megváltozott munkaképességű dolgozók ismételt munkábaállítások olyan megfelelő munkahelyre kell, hogy kerüljenek, megfelelő időben, ahol egészségük további romlása megelőzhető és a szükséges gyógykezelés biztosítható. Ilyen munkahely felkutatása azonban csak a vállalati igazgatási és műszaki szervekkel való szoros együttműködéssel biztosítható. A bizottság feltétlenül szükségesnek tartja adott esetben a szívbeteg teljesítőképességét figyelembe véve az ilyen munkábaállított dolgozók csökkentett munkaidőben való foglalkoztatását, megfelelő bérezés mellett. Biztosítani kell a megfelelő bérezést, nehogy az így munkábaállított dolgozó és családja anyagi színvonala lényegesen csökkenjen. Az egészségügyi kormányzat által rendeletileg felsorolt ún. „könnyű munkahelyek“-re való felvételnél biztosítani kell a szívbetegék megfelelő arányban való foglalkoztatást.

A bizottság tudatában van annak, hogy a kormányzat a megváltozott munkaképességűek számára külön vállalatok, ill. szövetkezetek szervezésével kíván gondoskodni, ezt helyes szervezési módszernek tartja. Felhívja a figyelmet arra, hogy ezekben a szívbetegék is nyerjenek megfelelő arányban elhelyezést. Az illetékes tényezők folytassák országszerte az ilyen vállalatok létesítését.

A hypertonia-betegék rehabilitációja.

A hypertonia-betegék sorsát modern felfogás szerint, az dönti el, hogy milyen állapotban vannak az életfontos szervek: az agy, a szív és a vese. Amennyiben a hypertonia-beteg kórlefolyásában a szívgyengeség tünetei lépnek előtérbe, akkor a szívbetegék rehabilitációjával foglalkozó javaslatok lesznek számára irányadók. Egyébként a bizottság mérlegelve a hypertonia-betegség kórlefolyásának különleges vonásait, az alábbi javas-

lattal kívánja kiegészíteni a szívbeteg rehabilitációjára vonatkozó javaslatait:

El kell tiltani a hypertoniás dolgozót az olyan munkakörben való foglalkoztatástól, amelyben betegsége természeténél fogva adódó hirtelen roszullétei alatt maga, társai vagy esetleg az utazó közönség életbiztonságát veszélyezteti. A bizottság ismételten a következő elvi szempontokra hívja fel a figyelmet:

1. A hypertonia-betegek aktív felkutatása, mivel fiatal korban sok a tünetmentes magas vérnyomású beteg. Bizonyítják ezt a honvédség gazdag tapasztalatai. Ezért fontosnak tartjuk a gondozó hálózatnak a növelését és az időszakos üzemi orvosi szűrővizsgálatokat.

2. Fontos a helyes kórisme, főleg abból a szempontból, hogy mennyiben tekinthető a magas vérnyomás tüneti betegségnek, pl. ipari mérgezések nyomán és mennyiben tekinthető alapbetegségnek. A bizottság ez alkalommal is hangsúlyozni kívánja, hogy az egyszerű vérnyomásmérés nem ad helyes képet a beteg állapotról és itt is az üzemorvosnak és a szakorvosnak szoros együttműködése elengedhetetlen.

A bizottság elnöke: *Dr. Hámori Artur* egyetemi tanár.

A bizottság tagjai: *Dr. Schindler Frigyes* főorvos (Bpest.), *Dr. Klinghoffer László* főorvos (Győr), *Dr. Vámosi Jenő* (Tata), *Dr. Kenedi István* o. alez., *Dr. Biçe Géza* o. szds., *Dr. Puskás Ödön* ü. o. (Pécs).

HATÁROZATI JAVASLATOK

az égési sérültek jobb rehabilitálására.

Dr. Frank György

Föv. Kun. utcai kórháza égés-sérülési osztálya főorvosa

1. Korszerű követelményeknek megfelelő, jól felszerelt külön égési sérülés osztályok, vagy részlegek létesítése ipari centrumokban a traumatológiai osztályok keretén belül.

2. Az égés-sérültek kezelésére, illetve rehabilitációjára továbbképzési bázist teremteni, amely az állami egészségügyi szolgálat felé tanácsadási joggal is fel legyen ruházva. Az égettek ambuláns ellátása a sebészeti osztályokra ill. sebészeti felülvizsgálatra tartozik, de a korszerű szempontok érvényesítése érdekében ezirányú továbbképzésre kell őket kötelezni.

3. Traumatológiai és égési-sérülési osztályokhoz a szakképzett gyógytornászok működésén felépülő komplex funkcionális